

Promoção da saúde mental de gestantes e puérperas acompanhadas por residentes: um relato de experiência

Mental health promotion of pregnant and puerperal women accompanied by residents: an experience report

Jamille Sales da Cruz

Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Thaís dos Santos de Souza

Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil

Dayana Silva Leal

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil

Tércia Freire de Melo

Odontóloga. Especialista em Educação na saúde para Preceptores no SUS. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Itabuna – Bahia/Brasil.

Jamille Amorim Carvalho Paiva

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Saúde Coletiva - Gestão de Sistemas de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) exerce um papel importante tanto como locus de cuidado como de disseminação de informações adequadas acerca da gestação, parto e puerpério. Dessa forma, é imprescindível que, desde a gestação, a mulher receba orientações adequadas sobre o período puerperal, sobre as transformações biopsicossociais, a fim de prevenção de processos patológicos. O presente relato tem como objetivo relatar a experiência do desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental de gestantes e puérperas acompanhadas por residentes em uma Equipe de Saúde da Família em Itabuna-BA.

Metodologia: Foram realizados dois encontros, na modalidade de roda de conversa, nas quais participaram mulheres em período gestacional e puérperas com filhos menores de 1 ano. A roda de conversa 1 foi conduzida pela psicóloga e assistente social residentes e a roda de conversa 2 foi ministrada por duas enfermeiras e a fisioterapeuta residentes. **Resultados e discussão:** A educação em saúde proporciona a troca de experiências favorece com que a gestante e sua rede de apoio sintam-se seguros e preparados para atender as necessidades do recém-nascido e da puérpera. Por meio da realização de visitas puerperais posteriores às ações educativas, observou-se uma boa adaptação ao período puerperal nas mulheres que participaram das rodas de conversa e receberam orientações durante as consultas individuais. **Conclusão:** O trabalho multiprofissional oportunizou o estabelecimento de vínculos baseados no respeito e na confiança e reforço da autonomia e segurança da mulher para enfrentar os desafios do processo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Cuidado pré-natal; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Introduction: The Previne Brasil Program, established in November 2019, established the new funding model for funding Primary Health Care (PHC) within the Unified Health System. Therefore, there was a need to reorganize the work process of the PHC teams to achieve the goals established by the program. **Objective:** To report the experience of a PRMSF/UESC resident nurse in an interventionist activity for the implementation of the Previne Brasil Program, indicators and goals to be achieved by the municipality in the financing of PHC. **Methodology:** This is a descriptive study with a qualitative approach through an Experience Report, experienced between August 10th and December 12th, 2022. **Results and discussion:** Of the 11 invitations sent to the teams, 83.33% (n=10) were filled. It resulted in the process of raising awareness about the theme and building a technical-scientific framework through the permanent education process associated with the principles of the National Policy on Humanization and meaningful learning. In addition to the reorganization of the work process, there was the opening of spaces for healthy dialogue, stimulation of autonomy, professional development and shared management among team members. **Final considerations:** It was observed that the process of permanent education is an instrument that enhances the process of reorganization and appreciation of the team, reducing the dichotomy between theory and practice, generating beneficial impacts on the quality of care and, consequently, there was an improvement in the performance of the indicators of the Prevent Brazil.

Key word: Health Care Financing; Permanent Education; Active Learning; Family Health Strategy; Non-Medical Internship.

INTRODUÇÃO/ REFERENCIAL TEÓRICO/ OBJETIVO

No Brasil, em meados do século XVI, o parto era realizado na própria residência da mulher que, apoiada pela sua família, tinha uma maior autonomia em relação a posição de parir. A cena do parto era acompanhado por uma parteira, com o objetivo de auxiliar no processo, necessitando do médico apenas em partos considerados difíceis¹.

Início do século XVII, as parteiras foram sendo substituídas pela figura do cirurgião, proporcionando ao parto uma visão médica centrada, a partir da necessidade de institucionalização em hospitais. Neste contexto, a mulher passou a ser um agente passivo do seu processo parto, sem o direito de escolha da posição e sem autonomia. Nota-se que, esta concepção passiva verticalizada prioriza o cenário de condutas que facilitam o processo de trabalho do profissional médico, reforçando deste modo, a noção errônea da soberania dos profissionais de saúde sobre os corpos femininos¹.

Em 1984, foi instituído no país o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que promoveu o fortalecimento de ações voltadas para a qualificação do pré-natal e educação em saúde sobre a importância do aleitamento materno, a fim de prevenir doenças e agravos ao público materno-infantil². No ano de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, o que refletiu positivamente na melhoria da assistência à gestação, parto e puerpério³.

No ano de 2004, foi criado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que, assegurando os princípios do SUS, promoveu diretrizes para redução da mortalidade materno-infantil, valorizando ações de prevenção, promoção, reabilitação e tratamento, estabelecendo como direito das mulheres o exercício do autocuidado e da autonomia².

Instituída em 2011, a Rede Cegonha possibilitou a redução das taxas de morbimortalidade materna- infantil por meio de um pacote de ações compostos em 4 (quatro) estruturas: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança. Dessa forma, as ações da rede tinha como objetivo proporcionar um atendimento com qualidade, segurança e humanizado desde o planejamento reprodutivo, descoberta da gravidez, pré-natal, parto até o acompanhamento da criança nos seus 2 primeiros anos de vida⁴.

A Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), foi instituída em 2022, fortalecendo algumas diretrizes da rede cegonha e ampliando as ações e serviços de atenção a saúde materno-infantil, com o incentivo a ampliação de ambulatórios especializados para acompanhamento de pré-natal de alto risco, atendendo o compromisso da agenda global de 2030 das Nações Unidas (NU), que objetiva a estimativa de 30 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos⁵.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidar e ordenadora dos serviços e ações.

Estas características, associadas aos seus diretrizes e princípios proporciona o estabelecimento do primeiro contato e fidelização desta gestante as equipes de referência, proporcionando deste modo, a garantia das integralidade e longitudinalidade preconizados pelo SUS. Sendo também, um importante espaço de educação em saúde sobre as intensas mudanças trazidas pelo período gestacional, tanto do ponto de vista físico quanto psíquico. Por ser o serviço de contato mais próximo das usuárias, além de realizar a prestação de cuidado integral às queixas de sintomatologia, pode promover melhor resolutividade em questões psicossocioculturais¹.

No período puerperal, compreendido desde a expulsão da placenta até a 6ª semanas após o parto, o corpo da mulher sofre diversas alterações físicas e psíquicas que interferem em várias dimensões da sua vida, aumentando a susceptibilidade para aquisição de ansiedade patológica e depressão pós-parto, afetando assim a sua qualidade de vida⁶.

Autores como Mello e Neme (1994) dividem o puerpério em três períodos: imediato (desde o período da dequitação até 2 horas após o parto), mediato (após 2 horas até 10 dias pós-parto) e tardio (após 10 dias do parto)⁷. Outros autores trazem uma classificação adicional que é o puerpério remoto, caracterizado por um intervalo de 46 dias pós-parto até a recuperação completa e retorno do ciclo menstrual ao normal⁸.

No período puerperal, o corpo da mulher vivencia um declínio da função hormonal, que repercute de forma negativa na pele, cabelo e unhas, influenciando negativamente na sua autoestima. Em virtude do momento após o parto ser ansiosamente esperado, são criadas certas expectativas, anseios e metas que, quando não alcançadas, provocam sentimentos de desesperança, ansiedade e impotência. Potencializados pelo fator da baixa hormonal, esses sentimentos aumentam a susceptibilidade para o surgimento de depressão pós-parto, transtorno de ansiedade, dentre outros⁹.

Recente estudo realizado com puérperas adolescentes demonstrou que, ao se avaliar o nível de qualidade de vida, os domínios social e econômico obtiveram menores escores, evidenciando que o momento pós-parto promove limitações em várias áreas, principalmente quando não há rede de apoio, contribuindo para o desemprego e a diminuição do contato social. Outrossim, em estudo desenvolvido na Coreia do Sul, constatou-se que mulheres no pós-parto remoto que retornaram ao trabalho, apresentaram um déficit na realização do autocuidado devido acúmulo de tarefas e sobrecarga¹⁰.

Uma pesquisa para avaliação da relação mãe-bebê no puerpério destacou que o apoio familiar foi um fator que auxiliou na manutenção da saúde mental materna, porém, a sua existência não impediu que sintomas ansiosos fossem instalados. Apontou-se a existência de uma forte correlação desses sintomas às complicações do período gestacional, o que aumentou a probabilidade de adoecimento psíquico. Contudo, a falta de apoio familiar, dificuldades conjugais e vulnerabilidade socioeconômica foram considerados fatores de risco para a ansiedade materna severa¹⁰.

A ansiedade, em condições saudáveis, é um importante mecanismo de luta-fuga, porém quando atinge um limiar patológico, promove diversas alterações indesejadas que impactam na prática de atividades diárias e em outras dimensões da vida do indivíduo. Nesses casos, é de suma importância a realização de uma avaliação psicológica desde o período gestacional, com o intuito de evitar a progressão de sintomas ansiosos para transtorno de ansiedade e depressão pós-parto¹¹.

A Educação em saúde, importante ferramenta do campo das tecnologias leves, também é fator protetor para a prevenção de patologias físicas e psíquicas, pois, através do empoderamento materno, observa-se a diminuição da insegurança no cuidado com o recém-nascido e no autocuidado, a diminuição de sentimentos negativos, a facilitação do processo de adaptação e o aumento da capacidade de resposta à demandas do bebê, possibilitando uma vivência de maternidade segura¹⁰.

Neste contexto, verifica-se a importância das equipes de APS tanto como locus de cuidado como de disseminação de informações adequadas acerca da gestação, parto e puerpério, com potencial para redução da susceptibilidade na aquisição de doenças, diminuição de ansiedade e medo decorrentes da desinformação. Assim, objetiva-se com este trabalho relatar a experiência do desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental de gestantes e puérperas acompanhadas por residentes em uma Equipe de Saúde da Família do interior da Bahia. A partir disso, busca-se enfatizar as potencialidades e os desafios desse fazer coletivo em uma equipe de saúde da família (que conta com discentes da residência multiprofissional em saúde da família).

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um do relato de experiência acerca da vivência de um grupo de residentes

inseridos em uma Equipe de Saúde da Família de um município do Sul da Bahia, que é campo prático do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

2.2 CENÁRIO DA EXPERIÊNCIA

A equipe de residentes é composta por 2 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta. Quanto aos profissionais vinculados a unidade, a equipe é composta por 1 nutricionista, 2 odontólogos, 1 médico, 10 agentes comunitários, 1 administrador, 1 atendente de farmácia, 4 técnicos de enfermagem, enfermeiro, 1 técnico de saúde bucal e 1 digitador. A Unidade de Saúde da Família vinculada a residência possui um território misto, que compreende desde usuários classe média alta à de baixa renda.

O território da equipe é misto, compreendendo usuários de classe média alta a usuários de baixa renda; é dividido em 10 microáreas, com especificidades e demandas distintas, mesmo que geograficamente muito próximas entre si. Os atendimentos ocorrem por demanda programada e espontânea, são ofertados os serviços de hipertensão, pré-natal, citologia, crescimento e desenvolvimento, saúde do idoso, visitas domiciliares, dentre outros.

2.3 A EXPERIÊNCIA

Considerando a importância de se assegurar uma atenção resolutiva e integral à gestação, parto e puerpério, bem como as principais dúvidas apresentadas pelas gestantes nos atendimentos individuais, em Setembro de 2021 a equipe de residentes elaborou e apresentou um plano de ação para a Equipe de Saúde da Família, que constava de uma intervenção educacional com gestantes e puérperas, com o intuito de prevenir agravos psicológicos e repercussões negativas frente aos desafios que a gestação promove tanto para a mulher, quanto para sua rede de apoio.

Foram realizados dois encontros, na modalidade de roda de conversa, a qual é uma modalidade que propõe a horizontalidade das discussões, dando voz aos sujeitos, com o intuito de construção mútua de conhecimento, através de diferentes matrizes culturais¹². Quanto aos participantes eram mulheres em período gestacional e puérperas com filhos menores de 1 ano. Foram disponibilizados convites por meio dos Agentes Comunitários de Saúde e realizadas as rodas de conversa em dias de atendimento do programa de pré-natal na USF.

A roda de conversa 1 foi realizada em Dezembro de 2021 na sala de reuniões da USF, com tempo de duração de 1 hora e participação de 4 gestantes

e 1 puérpera. O momento foi conduzido pela psicóloga e assistente social residentes, que abordaram temáticas referentes ao acolhimento psicológico, licença maternidade e paternidade, projetos de apoio financeiro a gestantes de baixa renda existentes na prefeitura. Ao final, foi disponibilizado um lanche e realizada uma avaliação a partir da dinâmica de evocação de palavras.

A roda de conversa 2 foi realizada em Junho de 2022 na sala de reunião da USF, com tempo de duração de 1 hora e participação de 6 gestantes, 2 integrantes da rede de apoio e 1 puérpera. Esse momento foi ministrado pelas duas enfermeiras e a fisioterapeuta residentes, que abordaram como temáticas a importância da realização de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, aleitamento materno, dúvidas sobre o parto e puerpério, exercícios fisioterapêuticos que favorecem a dilatação do colo de útero no momento do parto, cuidados com o recém-nascido. A metodologia utilizada nesse encontro foi a caixa de perguntas sobre as temáticas, onde o público-alvo pudesse responder, o que estimulou a participação das mulheres para relatarem as suas percepções e vivências.

2.3.1 Aspectos éticos-legais

Salienta-se que este trabalho está de acordo com as normas e diretrizes estabelecidas na Resolução nº 510/2016, não havendo obrigatoriedade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP¹³.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As equipes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, atuam como apoio matricial para as Equipes de Saúde da Família dos dois maiores municípios da área de abrangência da Universidade, o que contribui para melhor resolutividade da assistência, visto que conta com a presença de psicólogos, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas e enfermeiros¹⁴, complementando a equipe mínima estabelecida pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual é composta obrigatoriamente apenas por enfermeiro, médico e técnico ou auxiliar de enfermagem, sendo facultada a participação de odontólogo, técnico ou auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de endemias e de saúde¹⁵.

Neste contexto, a equipe multiprofissional de residentes exerce um papel primordial, no sentido de reconfigurar uma forma de trabalho, por vezes, mecanizada em uma abordagem humanizada, com intuito de estabelecer um atendimento não restrito à doença ou condição de saúde, mas também na prevenção, redução de

danos, reabilitação, promoção da saúde e diagnóstico precoce¹⁴.

Os resultados foram organizados em duas categorias de análise, onde se buscou demonstrar a importância da longitudinalidade do cuidado nos períodos de gestação, parto e puerpério e como a equipe multiprofissional se tornou facilitadora no processo, assegurando uma atenção resolutive e integral neste ciclo da vida¹⁴.

A primeira categoria de análise foi o momento de acolhimento psicológico no ciclo gravídico-puerperal, onde o principal objetivo do acompanhamento materno-infantil é garantir um cuidado humanizado e integral desde o período inicial da gravidez até o parto e puerpério, repercutindo assim no nascimento de uma criança saudável e no bem-estar do binômio mãe-bebê. Uma atenção de pré-natal e puerperal de qualidade centra-se em condutas acolhedoras que promovam fácil acesso aos serviços de saúde, atendimento integral em todos os níveis de atenção, desde o atendimento em unidades básicas de saúde a ambulatorios de alto risco em hospitais¹.

O primeiro momento foi marcado por uma roda de conversa com a psicóloga residente que ministrou sobre a importância do acolhimento psicológico desde o período gestacional até o puerperal, refletindo sobre a importância do estabelecimento de uma rede de apoio.

No primeiro trimestre a gestante sofre por alterações comportamentais, o que aumenta sua irritabilidade, algumas também sofrem com ambivalência (querer e não quer a gestação), além do medo de abortar. O segundo trimestre é marcado por sentimentos de passividade, há o início da movimentação fetal, alteração da estrutura do corpo e em algumas mulheres acontece diminuição do desempenho sexual. No terceiro trimestre é possível observar que as queixas durante as consultas aumentam, o medo e ansiedade manifestam-se com mais intensidade, devido à proximidade do parto¹.

A psicóloga residente abordou ainda sobre sinais e sintomas psicológicos de alerta, principalmente no período puerperal, visto que neste ocorrem diversas alterações físicas e psíquicas, devido ao momento de mudança de rotina e necessidade de readaptação.

O período do puerpério, a mulher vivencia diversas alterações psíquicas, sendo este o momento de maior vulnerabilidade, pois o bebê que era idealizado passa a ser vivenciado. Há alterações corporais que demandam um maior tempo para retorno, preocupações relacionadas ao aleitamento materno, medo de ficar presa para sempre ao bebê ou que o leite materno não pro-

movia o seu desenvolvimento. Outras mudanças emocionais que podem ser vivenciadas são: *baby blues* (sintomas depressivos transitórios que são perceptíveis a partir do terceiro dia após o parto com duração de 2 semanas), depressão, lutos vividos devido ao período de transição da gestação para o puerpério e entre outros¹⁶.

A assistente social residente promoveu uma orientação sobre os direitos constitucionais e previdenciários que os pais detêm nesse período, com destaque para a importância do acompanhante no período do parto e pós-parto, a licença maternidade e paternidade, a necessidade de atualização de cadastro familiar no Auxílio Brasil, bem como a possibilidade das famílias de baixa renda conseguirem uma parte do enxoval com a prefeitura da cidade.

Com a participação de 4 gestantes e 1 puérpera, essa primeira roda de conversa utilizou a metodologia de exposição dialogada, no momento em que surgiam dúvidas, houve permanente abertura para que as mulheres indagassem e compartilhassem suas percepções e conhecimentos prévios. Foi um momento muito importante e ao final as participantes foram convidadas a avaliar a atividade por meio de uma palavra, onde as mais emitidas foram esclarecedor, enriquecedor e produtivo.

Dessa forma, é imprescindível que, desde a gestação, a mulher receba orientações adequadas sobre o período puerperal, sobre as transformações biopsicossociais que o momento traz e a importância da integração da família como rede apoio. Assim, intenta-se promover um espaço de preparação, não somente física para a espera do neonato, mas também psíquica dos pais e familiares, visando à prevenção de processos patológicos e, até mesmo, a promoção de um olhar atento para detecção precoce de alterações na saúde mental das puérras¹⁷.

A segunda categoria de análise foi a educação transformadora, a qual proporcionou espaços educativos estabelecidos em uma USF são uma das principais ferramentas promotoras de saúde e de prevenção de agravos, o que proporciona um sentimento de capacidade no usuário do serviço, frente aos desafios. No período gestacional, ocorrem diversas alterações psíquicas, medo e insegurança frente ao novo. Desse modo, é crucial que os profissionais busquem compreender o contexto de vulnerabilidade de cada gestante e puérpera, tais como: se a mulher tem rede de apoio, se houve perdas gestacionais, sobre planejamento da gravidez, situação socioeconômica, dentre outros aspectos. A partir dessa visualização, será possível reconhecer períodos de maior vulnerabilidade e atendê-la sem banalizar suas queixas, exercendo uma abordagem acolhedora e empática¹⁶.

O segundo momento de roda de conversa foi liderado pelas enfermeiras 1 e 2 e pela fisioterapeuta residente, que organizaram as orientações conforme os 3 trimestres de gestação. As orientações em relação ao primeiro trimestre foram ministradas pela fisioterapeuta residente, que abordou sobre as mudanças físicas, vícios de posições devido ao aumento do peso corporal e sobre os exercícios que devem ser realizados para evitar sobrecarga de musculatura.

As orientações do segundo trimestre foram realizadas pela enfermeira residente 1, que explicou sobre a transformação das mamas e os cuidados para mantê-las hidratadas, sobre corrimentos vaginais normais e anormais na gestação, importância da atualização vacinal, ingestão hídrica e alimentação saudável, além de enfatizar as características de contrações de treinamento (Braxton Ricks). Por fim, as orientações do terceiro trimestre foram ministradas pela enfermeira residente 2, que explicou sobre os sinais de parto, intervalos entre contrações, cuidados com o coto umbilical, como realizar o banho no recém-nascido e esclareceu dúvidas sobre aleitamento materno.

É importante salientar que essas orientações também foram realizadas nas consultas individuais, de acordo com o trimestre que cada gestante se encontrava. Desse modo, optou-se por utilizar, neste momento, a metodologia da caixa de perguntas, na qual as participantes retiravam uma pergunta da caixa e respondiam o que tinham de conhecimento prévio ou obtido a partir das orientações individuais em consultório, tendo sido um momento produtivo de troca de saberes.

A educação em saúde é uma prática preventiva que transforma a realidade dos indivíduos, na medida em que proporciona autonomia para que se compreenda as formas e meios de melhorar a sua qualidade de vida ¹⁶. Por meio da realização de visitas puerperais posteriores às ações educativas, observou-se uma boa adaptação ao período puerperal nas mulheres que participaram das rodas de conversa e receberam orientações durante as consultas individuais. Além disso, a partir da abordagem multiprofissional e a articulação dos diferentes saberes, percebeu-se o alívio da ansiedade para as mães, bem como para os integrantes da sua rede de apoio. Esta foi alcançada pelas próprias participantes das ações educativas, ao disseminarem o que aprenderam sobre o parto e o pós-parto.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência apresentada, conclui-se que a educação em saúde promove uma ampliação da clínica realizada na Atenção Primária à Saúde, proporciona a troca de experiências e favorece com que a gestante e sua rede de apoio

sintam-se seguros e preparados para atender as necessidades do recém-nascido, mas também compreendam que a mulher necessita ser cuidada e amparada em suas limitações, principalmente, quando ela passa pelo período de transição de nulípara para primípara.

O presente relato também evidenciou a importância de se exercer uma escuta qualificada, que oportunize sanar as principais dúvidas, realizar aconselhamentos e encaminhamentos, evitando o excesso de tecnicismo. Por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, oportunizou-se o estabelecimento de vínculos baseados no respeito e na confiança, e, por vezes, o exercício da função de participantes da rede de apoio das gestantes, com o intuito de reforçar a sua autonomia e segurança para enfrentar os desafios do processo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

- [01] Souza MP; Araújo M A S.; Vieira ACB. (2016). Educação em Saúde para o parto humanizado: desafios do enfermeiro na atenção primária. Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos. Goiânia: Universo.
- [02] Medeiros PF de.; Guareschi NM de F.. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Revista Estudos Feministas, v. 17, n.1, 2009 .
- [03] Paim JS.. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n.6, 2018.
- [04] Cavalcanti PC da S. et al.. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 23, n. Physis, v. , n. 4, 2013.
- [05] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS Nº 715. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- [06] Condeles PC. et al. Qualidade de vida no período puerperal: importância e satisfação. Rev. Rene [online], vol.20, e41421, 2019.
- [07] Mello AR de; Neme, B. Puerpério: fisiologia e assistência. Obstetrícia básica: São Paulo, v.22, p. 158-163, 1994.
- [08] Rezende J. Obstetrícia. 11ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2008.
- [09] Baratieri T.; Soares LG.; Kappel, EP; Natal S.; Lacerda JT.. Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na Atenção Primária: Revisão Integrativa. Rev. APS., v. 22, n. 6, p. 682-701, jun.2021.
- [10] Chemello MR.; Levandowski DC; Donelli TMS.. Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo. Rev. SPAGESP [online]. , vol.22, n.1, p. 39-53, 2021.

[11] Elias EA ; Pinho J de P; Oliveira, SR de. Expectativas e sentimentos de gestantes sobre o puerpério: contribuições para a enfermagem. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 12, n. 2, ago. 2021.

[12] Pinheiro LR.. Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica. *Pro-Posições*, v. 31, 2020.

[13] BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016.

[14]Silva LB.. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, v. 21, n. 1, 2018.

[15] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

[16] Arrais A da R.; Mourão MA; Fragalle B.. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade [online]*. v. 23, n. 1, p. 251-264, 2014.

[17] Santos MLC; Reis JF; Silva R de P; Santos DF; Leite FMC.. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Escola Anna Nery [online]*, v. 26, e20210265, 2022.